

**AUTOCERTIFICAZIONE**

Il/la sottoscritto/a dott./dr.ssa \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_,  
 ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 recante il Testo Unico delle disposizioni  
 legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

**DICHIARA**

a) di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_;

b) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università  
 di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;

c) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data \_\_\_\_\_  
 presso \_\_\_\_\_;

d) di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di \_\_\_\_\_;

d) di essere iscritto al corso di formazione in medicina generale nella regione Sicilia nel triennio  
 \_\_\_\_\_ e di frequentare il

1. primo anno
2. secondo anno
3. terzo anno

ovvero

f) di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale nella regione Siciliana, ai  
 sensi di quanto previsto dall'art. 12 D.L. 35/19 (c.d. Decreto Calabria), convertito con L. 60/19 nel  
 triennio \_\_\_\_\_;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1).

Data .....

Firma (2) (3) .....

(1) Ai sensi dell'art. 76, comma 1 del D.P.R. n. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità  
 in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi  
 speciali in materia".

(2) Ai sensi dell'art. 38, comma 3 del D.P.R. n. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a  
 copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(3) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del decreto legislativo  
 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici,  
 esclusivamente nell'ambito del presente procedimento